

- CT, Lu NM. Fundic gland polyps is more common in patients with relative healthy gastric mucosa. *Adv Dig Med.* 2018;5(1-2):44-49. doi:10.1002/aid2.13075
4. Brito HL de F, Barros C, Freire MV, Silva Filho MN da, Nascimento TV. GASTRIC FUNDIC GLAND POLYPS: CAN HISTOLOGY BE USEFUL TO PREDICT PROTON PUMP INHIBITORS USE? *Arq Gastroenterol.* 2018;55(4):380-384. doi:10.1590/S0004-2803.201800000-82
5. Huang CZ, Lai RX, Mai L, Zhou HL, Chen HJ, Guo HX. Relative risk factors associated with the development of fundic gland polyps. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2014;26(11):1217-1221. doi:10.1097/MEG.000000000000199
6. Gao W, Huang Y, Lu S, Li C. The clinicopathological characteristics of gastric polyps and the relationship between fundic gland polyps, *Helicobacter pylori* infection, and proton pump inhibitors. *Ann Palliat Med.* 2021;10(2):2108-2114. doi:10.21037/apm-21-39
7. Vieth M, Stolte M. Fundic gland polyps are not induced by proton pump inhibitor therapy. *Am J Clin Pathol.* 2001;116(5):716-720. doi:10.1309/XFWR-LXA7-7TK1-N3Q8
8. Martin FC, Chenevix-Trench G, Yeomans ND. Systematic review with meta-analysis: fundic gland polyps and proton pump inhibitors. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016;44(9):915-925. doi:10.1111/apt.13800

TỔNG QUAN VỀ RÁCH RỘNG GÂN CHÓP XOAY

Nguyễn Văn Thái¹, Lê Minh Khoa², Lê Gia Ánh Thy²,
Nguyễn Ngọc Hiếu³, Cao Kim Xoa⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bài viết tổng hợp định nghĩa, cơ chế bệnh sinh và các phương pháp điều trị rách rộng gân chóp xoay (MRCT). **Phương pháp:** Tổng quan y văn về MRCT, tập trung vào các yếu tố: định nghĩa, cơ sinh học, chẩn đoán và điều trị. **Kết quả:** MRCT được xác định là rách từ 2 gân trở lên hoặc kích thước vết rách >5cm, liên quan đến mất cân bằng lực và rối loạn động học khớp vai. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và MRI. Lựa chọn điều trị phụ thuộc vào tuổi, tình trạng thoái hóa, cơ rút gân và nhu cầu chức năng. Các phương pháp điều trị gồm: 1) Điều trị bảo tồn: tập phục hồi chức năng và dùng thuốc giảm đau, áp dụng cho bệnh nhân lớn tuổi hoặc có bệnh lý nền. 2) Cắt lọc, giải áp dưới mòm cùng vai: dành cho bệnh nhân lớn tuổi, không có giả liệt. 3) Khâu gân: ưu tiên khâu 2 hàng nếu khả thi. 4) Khâu gân bán phần: lựa chọn khi không thể khâu hoàn toàn. 5) Tăng cường băng mảnh ghép: hiện đang còn nhiều tranh cãi. 6) Tái tạo bao khớp trên: phương pháp mới, cần thêm nghiên cứu. 7) Chuyển gân: phù hợp cho bệnh nhân trẻ, hoạt động nhiều. 8) Đặt spacer dưới mòm cùng vai: phương pháp ít xâm lấn, kết quả ngắn hạn khả quan. 9) Thay khớp vai đảo ngược: Lựa chọn cho bệnh nhân lớn tuổi hoặc có thoái hóa khớp. **Kết luận:** Khâu gân là lựa chọn ưu tiên. Các kỹ thuật mới và phương pháp thay khớp vai đảo ngược cần thêm nghiên cứu để cải thiện hiệu quả điều trị. Cần có thêm các nghiên cứu so sánh trực tiếp giữa các phương pháp điều trị để đưa ra khuyến cáo điều trị tối ưu.

Từ khóa: Rách rộng gân chóp xoay, khâu nội soi, chuyển gân, đặt spacer dưới mòm cùng vai, thay khớp vai đảo ngược

SUMMARY

A COMPREHENSIVE OVERVIEW OF EXTENSIVE ROTATOR CUFF TEAR

Objective: The article summarizes the definition, pathogenesis, and treatment methods for massive rotator cuff tears (MRCT). **Methods:** A literature review on MRCT, focusing on definition, biomechanics, diagnosis, and treatment. **Results:** MRCT is defined as a tear involving 2 or more tendons or a tear larger than 5 cm, associated with force imbalance and shoulder joint kinematics disorder. Diagnosis is based on clinical assessment and MRI. Treatment choice depends on age, tissue degeneration, tendon retraction, and functional demands. Treatment methods include: 1) Conservative treatment: physical therapy and pain medication, recommended for elderly patients or those with underlying conditions. 2) Debridement and subacromial decompression: suitable for elderly patients without pseudoparalysis. 3) Tendon repair: Two-row repair is preferred if feasible. 4) Partial tendon repair: considered when complete repair is not possible. 5) Augmentation with grafts: remains controversial. 6) Superior capsule reconstruction: a new method, requiring further research. 7) Tendon transfer: suitable for younger, active patients. 8) Subacromial spacer placement: a less invasive option with promising short-term results. 9) Reverse shoulder arthroplasty: for elderly patients or those with severe joint degeneration. **Conclusion:** Tendon repair is the preferred choice. New techniques and reverse shoulder arthroplasty require further research to enhance treatment outcomes. Comparative studies between treatment options are needed to establish optimal treatment recommendations. **Keywords:** Massive rotator cuff tear, arthroscopic repair, tendon transfer, subacromial spacer, reverse shoulder arthroplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch Tp. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Tp. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Quân Y 7A

⁴Đại học Công nghiệp Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thái

Email: thainguyenvan54@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2024

Ngày duyệt bài: 3.12.2024

Rách rộng gân chóp xoay (Massive Rotator Cuff Tear - MRCT) là tình trạng phức tạp và khó điều trị trong lĩnh vực chấn thương chỉnh hình. Tình trạng này không chỉ gây đau đớn và hạn chế chức năng cho người bệnh mà còn đặt ra nhiều thách thức cho các bác sĩ phẫu thuật trong việc lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu [1,2].

MRCT được định nghĩa là tình trạng rách gân chóp xoay có kích thước lớn hơn 5cm hoặc liên quan đến ít nhất hai gân [3,4]. Tỷ lệ mắc MRCT tăng theo tuổi, khoảng 20% dân số trên 65 tuổi bị ảnh hưởng [5]. Điều trị MRCT cân nhắc kỹ lưỡng nhiều yếu tố, gồm độ tuổi, mức độ hoạt động, tình trạng gân và cơ, và các bệnh lý mắc kèm [6].

Trong những năm gần đây, sự hiểu biết về cơ sinh học và sinh lý bệnh của MRCT đã được cải thiện đáng kể, dẫn đến sự phát triển của nhiều phương pháp điều trị mới [7]. Các lựa chọn điều trị hiện nay gồm điều trị bảo tồn và các phương pháp phẫu thuật như khâu gân, chuyển gân, sử dụng spacer dưới mỏm cùng vai và thay khớp vai đảo ngược. Mỗi phương pháp đều có những ưu điểm và hạn chế riêng, đòi hỏi sự cân nhắc cẩn thận để đạt được kết quả tối ưu cho từng bệnh nhân [8].

Mục tiêu báo cáo này tổng hợp và đánh giá các kiến thức hiện tại về MRCT, bao gồm định nghĩa, phân loại, cơ sinh học, phương pháp đánh giá và các lựa chọn điều trị. Chúng tôi sẽ tập trung vào việc phân tích ưu và nhược điểm của từng phương pháp điều trị, dựa trên các bằng chứng lâm sàng mới nhất, nhằm cung cấp một hướng dẫn toàn diện cho các bác sĩ lâm sàng trong việc quản lý MRCT.

II. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI

Việc định nghĩa chính xác MRCT là rất quan trọng để đảm bảo chẩn đoán và điều trị hiệu quả. Tuy nhiên, trong nhiều năm, đã có nhiều định nghĩa khác nhau được sử dụng, gây khó khăn cho việc so sánh các nghiên cứu và đưa ra quyết định lâm sàng [1,3].

2.1. Định nghĩa. Cofield (1982) đã đưa ra định nghĩa đầu tiên về MRCT, mô tả vết rách có kích thước lớn hơn 5 cm theo chiều trước-sau hoặc trong-ngoài. Định nghĩa này dựa trên kích thước tuyệt đối của vết rách, nhưng không tính đến sự khác biệt về kích thước vai giữa các cá nhân [4].

Gerber và cộng sự (2000) đề xuất một cách tiếp cận khác, định nghĩa MRCT là tình trạng rách liên quan đến hai hoặc nhiều gân chóp xoay. Định nghĩa này tập trung vào số lượng gân bị ảnh hưởng thay vì kích thước tuyệt đối của vết rách, phản ánh tốt hơn mức độ tổn thương chức

năng [5].

Gần đây, một nghiên cứu sử dụng phương pháp Delphi đạt được sự đồng thuận giữa các chuyên gia về định nghĩa MRCT [6]. Theo đồng thuận này, MRCT được đặc trưng bởi:

1. Sự co rút của gân đến mức vành ổ chảo, thể hiện trên mặt phẳng đứng ngang hoặc mặt phẳng ngang.

2. Và/hoặc $\geq 67\%$ mẫu động lớn bị bộc lộ, đo trên mặt phẳng đứng dọc.

3. Các đặc điểm này được đánh giá dựa trên hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) hoặc trong phẫu thuật.

Định nghĩa này kết hợp cả yếu tố kích thước và mức độ co rút, cung cấp một cách tiếp cận toàn diện hơn để xác định MRCT.

2.2. Phân loại. Ngoài định nghĩa, các hệ thống phân loại đã phát triển để mô tả chi tiết hơn về tính chất và mức độ nghiêm trọng của MRCT. Một trong những hệ thống phân loại được sử dụng rộng rãi nhất là của Patte (1990), dựa trên vị trí và mức độ co rút của gân [7]:

- Giai đoạn 1: Đầu gân gần mẫu động lớn
- Giai đoạn 2: Đầu gân nằm ở giữa mẫu động lớn và ổ chảo
- Giai đoạn 3: Đầu gân co rút đến mức vành ổ chảo

Hamada và cộng sự (2011) đã phát triển một hệ thống phân loại dựa trên hình ảnh X-quang, tập trung vào sự tiến triển của thoái hóa khớp liên quan đến MRCT [8]:

- Giai đoạn 1: Khoảng cách mỏm cùng vai - chỏm xương cánh tay (AHI) > 6 mm
- Giai đoạn 2: AHI ≤ 6 mm
- Giai đoạn 3: AHI ≤ 6 mm với lõm chỏm xương cánh tay
- Giai đoạn 4: Hẹp khoang khớp ổ chảo - cánh tay
- Giai đoạn 5: Lún chỏm xương cánh tay

Các hệ thống phân loại này giúp mô tả chi tiết tình trạng bệnh lý và hỗ trợ trong việc lựa chọn phương pháp điều trị, tiên lượng kết quả.

III. CƠ SINH HỌC

Cơ sinh học MRCT là nền tảng giúp phát triển các chiến lược điều trị hiệu quả. MRCT không chỉ ảnh hưởng đến cấu trúc gân và cơ mà còn gây ra những thay đổi đáng kể trong động học của khớp vai [1,2].

3.1. Cơ chế bệnh sinh. MRCT thường bắt đầu với một vết rách nhỏ ở phía trước của gân cơ trên vai và sau đó lan rộng ra phía sau [3]. Quá trình được mô tả chi tiết như sau:

a) Khởi phát: Vết rách ban đầu thường xảy ra ở vùng chuyển tiếp giữa gân và xương, nơi có

sự tập trung ứng suất cao [4].

b) Lan rộng: Khi vết rách xuất hiện, các sợi gân còn lại ở mép vết rách phải chịu áp lực lớn hơn. Nếu lực tác động vượt quá sức chịu đựng của các sợi này, vết rách sẽ tiếp tục lan rộng [5].

c) Suy giảm chất lượng mô: Mép gân rách bị thiếu máu nuôi và tiếp xúc với các enzyme phân hủy trong dịch khớp, cản trở quá trình lành tự nhiên. Điều này dẫn đến sự suy giảm chất lượng mô gân còn lại [4].

d) Thay đổi cơ: Theo thời gian, MRCT dẫn đến một loạt các thay đổi ở cơ chóp xoay:

- Thoái hóa và teo cơ: Do mất kết nối giữa cơ và xương, cơ bắt đầu teo nhỏ.

- Thâm nhiễm mỡ: Các tế bào mỡ xâm nhập vào cơ, thay thế các sợi cơ.

- Co rút: Gân và cơ co ngắn lại, làm giảm khả năng kéo dài [5,6].

3.2. Ảnh hưởng đến cơ học khớp vai. MRCT làm gián đoạn cơ chế giữ vững của gân chóp xoay, ảnh hưởng đáng kể đến động học của khớp vai.

3.2.1. Cặp lực [7]:

- Cặp lực ngang: Cơ dưới vai và gân chóp xoay phía sau tạo thành.

- Cặp lực đứng: Gân chóp xoay phía dưới và cơ delta tạo thành.

3.2.2. Mất cân bằng lực:

- Dịch chuyển trước trên của chỏm xương cánh tay: Chỏm xương cánh tay di chuyển lên trên và về phía trước, làm giảm khoảng cách dưới mỏm cùng vai.

- Giảm khả năng giữ vững khớp: Khả năng giữ chỏm xương cánh tay ở trung tâm ổ chảo bị suy giảm.

- Thay đổi trục xoay của khớp vai: Trục xoay của khớp vai bị thay đổi, ảnh hưởng đến cơ sinh học tổng thể của vai [8].

3.2.3. Giả liệt: Giả liệt được định nghĩa là mất khả năng nâng cánh tay lên phía trước quá 90 độ, mặc dù vậy vẫn có thể nâng thụ động và không có vấn đề thần kinh. Cơ chế gồm:

- Mất cân bằng lực: Cơ delta không thể hoạt động hiệu quả do mất đối kháng từ gân chóp xoay.

- Thay đổi trục xoay: Trục xoay bất thường làm giảm hiệu quả cơ học của cơ delta.

- Đau: Trong một số trường hợp, đau có thể góp phần gây ra tình trạng giả liệt.

3.4. Ảnh hưởng đến cấu trúc xương và sụn. MRCT không chỉ ảnh hưởng đến các cấu trúc mềm mà còn gây ra những thay đổi ở xương và sụn:

a) Thoái hóa sụn khớp ổ chảo - cánh tay: Do sự thay đổi trong phân bố lực và động học khớp, sụn khớp bị tổn thương và thoái hóa theo thời gian.

b) Mòn gờ trên ổ chảo: Sự dịch chuyển trước trên của chỏm xương cánh tay gây áp lực lên gờ trên ổ chảo, dẫn đến tình trạng mòn.

c) Lõm chỏm xương cánh tay: Trong giai đoạn muộn, có thể quan sát thấy sự lõm của chỏm xương cánh tay do tình trạng mất cân bằng lực kéo dài.

IV. ĐÁNH GIÁ

4.1. Đánh giá lâm sàng

4.1.1. Bệnh sử:

- Xác định tính chất cấp tính hay mạn tính của tổn thương.

- Đánh giá mức độ đau và ảnh hưởng đến chức năng hàng ngày.

- Xác định các yếu tố nguy cơ như tuổi tác, nghề nghiệp, và các hoạt động thể thao.

4.1.2. Khám lâm sàng:

- Kiểm tra tầm vận động chủ động và thụ động.

- Đánh giá sức mạnh cơ, đặc biệt là các động tác gắng sức và xoay.

- Thực hiện các nghiệm pháp đặc hiệu:
 - Nghiệm pháp Jobe: Đánh giá chức năng cơ trên gai.

- Nghiệm pháp nâng cánh tay: Phát hiện dấu hiệu giả liệt.

- Nghiệm pháp Hornblower: Đánh giá chức năng cơ dưới gai và cơ tròn bé [5].

4.1.3. Đánh giá chức năng:

- Sử dụng các thang điểm chuẩn hóa như Constant score, ASES (American Shoulder and Elbow Surgeons) score, hay UCLA (University of California, Los Angeles) score để đánh giá mức độ ảnh hưởng của MRCT đến chức năng vai [6].

4.2. Chẩn đoán hình ảnh

4.2.1. X-quang thường quy:

- Đánh giá cấu trúc xương và các thay đổi thoái hóa.

- Xác định khoảng cách dưới mỏm cùng vai, một chỉ số quan trọng trong hệ thống phân loại Hamada [9].

- Phát hiện các dấu hiệu gián tiếp của MRCT như lún chỏm xương cánh tay hoặc xơ hóa mỏm cùng vai.

4.2.2. Siêu âm:

- Phương pháp không xâm lấn, có thể đánh giá động.

- Giúp xác định vị trí, kích thước và mức độ co rút của vết rách.

- Đánh giá tình trạng teo cơ và thâm nhiễm mỡ.

4.2.3. Cộng hưởng từ (MRI):

- Phương pháp chẩn đoán hình ảnh ưu tiên cho MRCT.

- Cung cấp thông tin chi tiết về:
 - Kích thước và vị trí chính xác của vết rách.

- o Mức độ co rút gân.
- o Tình trạng teo cơ và thâm nhiễm mỡ (theo phân loại Goutallier) [7].
- Đánh giá tình trạng của các cấu trúc xung quanh như sụn viền, dây chằng và sụn khớp.

4.2.4. CT-Arthrography:

- Sử dụng khi MRI bị chống chỉ định.
- Cung cấp thông tin chi tiết về cấu trúc xương và tình trạng thoái hóa khớp [8].

4.3. Đánh giá khả năng khâu phục hồi

Việc xác định trước phẫu thuật liệu MRCT có thể khâu phục hồi hay không là rất quan trọng để lập kế hoạch điều trị. Các yếu tố cần xem xét bao gồm:

1. Kích thước và vị trí vết rách: Vết rách lớn hơn 5 cm hoặc liên quan đến nhiều gân có khả năng khâu phục hồi thấp hơn [3,4].
2. Mức độ co rút gân: Co rút đến mức vành ổ chảo làm giảm khả năng khâu phục hồi [6].
3. Tình trạng cơ: Teo cơ và thâm nhiễm mỡ nặng (Goutallier độ 3-4) liên quan đến tỷ lệ thất bại cao sau khâu phục hồi [7].
4. Khoảng cách mỏm cùng vai - chỏm xương cánh tay (AHI): $AHI < 7$ mm thường liên quan đến khả năng khâu phục hồi thấp [9].
5. Tuổi và mức độ hoạt động của bệnh nhân: Những yếu tố này ảnh hưởng đến quyết định điều trị và khả năng hồi phục sau phẫu thuật.

Việc kết hợp đánh giá lâm sàng kỹ lưỡng với chẩn đoán hình ảnh chi tiết giúp bác sĩ có cái nhìn toàn diện về tình trạng MRCT. Điều này giúp xác định chính xác mức độ tổn thương và hỗ trợ trong việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp nhất, dự đoán kết quả điều trị và lập kế hoạch phục hồi chức năng. Bên cạnh đó, thông tin thu nhận từ quá trình đánh giá này giúp bác sĩ hiểu rõ hơn về cơ chế bệnh sinh và những thay đổi cơ sinh học từ đó đưa ra quyết định điều trị dựa trên bằng chứng và cá nhân hóa cho từng bệnh nhân.

V. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

Điều trị MRCT đòi hỏi một cách tiếp cận toàn diện, cần nhắc nhiều yếu tố như tuổi bệnh nhân, mức độ hoạt động, tình trạng gân và cơ, cũng như sự hiện diện của các bệnh lý kèm theo [1,2]. Các phương pháp điều trị có thể được chia thành hai nhóm chính: điều trị bảo tồn và phẫu thuật.

5.1. Điều trị bảo tồn. Điều trị bảo tồn thường được áp dụng như một phương pháp điều trị ban đầu hoặc cho những bệnh nhân không phù hợp với phẫu thuật, bao gồm [3]:

- a) Điều chỉnh hoạt động và nghỉ ngơi
- b) Thuốc giảm đau và chống viêm
- c) Tiêm corticosteroid

d) Vật lý trị liệu:

- Tập luyện để tăng cường cơ delta và các cơ quanh xương bả vai
- Cải thiện tầm vận động
- Tăng cường khả năng cảm giác bản thể [4,5]

Levy và cộng sự đã báo cáo cải thiện biên độ vận động và điểm Constant sau một chương trình phục hồi chức năng tập trung vào tăng cường cơ delta [6]. Tuy nhiên, điều trị bảo tồn có thể không ngăn chặn được sự tiến triển của tổn thương và thoái hóa khớp theo thời gian.

5.2. Các phương pháp phẫu thuật

5.2.1. Cắt lọc và giải áp: Phương pháp này thích hợp cho bệnh nhân lớn tuổi có triệu chứng đau và không có giả liệt. Quy trình bao gồm:

- Cắt lọc gân tổn thương
- Giải áp dưới mỏm cùng vai
- Có thể kèm theo cắt hoặc tạo hình gân cơ nhị đầu dài

Gartsman báo cáo tỷ lệ hài lòng cao tới 83% sau phẫu thuật cắt lọc với thời gian theo dõi trung bình 3 năm [9].

5.2.2. Khâu gân: Khâu gân vẫn là phương pháp ưu tiên giúp khôi phục giải phẫu và cơ sinh học bình thường của khớp vai, bao gồm:

- Khâu một hàng
- Khâu hai hàng
- Kỹ thuật khâu hai hàng tương đương xuyên xương (TEDR)

Burkhart và cộng sự đã mô tả kỹ thuật "margin convergence" để giảm sức căng tại vị trí khâu [8].

5.2.3. Chuyển gân: Chuyển gân là lựa chọn cho những trường hợp MRCT không thể khâu phục hồi ở người trẻ, có nhu cầu vận động cao, bao gồm:

- Chuyển gân cơ lưng rộng
- Chuyển gân cơ ngực lớn
- Chuyển gân cơ thang dưới

Gerber và cộng sự báo cáo cải thiện đáng kể về chức năng và giảm đau sau chuyển gân cơ lưng rộng với thời gian theo dõi trung bình 53 tháng [9].

5.2.4. Spacer dưới mỏm cùng vai: Đây là một kỹ thuật mới, sử dụng một spacer có thể phân hủy sinh học để tái tạo khoảng cách dưới mỏm cùng vai. Senekovic và cộng sự báo cáo cải thiện đáng kể điểm Constant sau 5 năm theo dõi [9].

5.2.5. Thay khớp vai đảo ngược (rTSA):

rTSA được chỉ định cho những bệnh nhân lớn tuổi có MRCT kèm theo thoái hóa khớp hoặc giả liệt [2]. Phương pháp này có thể cải thiện đáng kể chức năng và giảm đau, nhưng có những hạn chế về tuổi thọ của khớp nhân tạo và

biên độ vận động.

VI. KẾT LUẬN

Rách rộng gân chóp xoay là một tình trạng phức tạp, đòi hỏi sự đánh giá và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Các phương pháp phẫu thuật như khâu gân và chuyển gân mang lại kết quả khả quan, trong khi các kỹ thuật mới như spacer và tái tạo bao khớp trên cần thêm nghiên cứu để khẳng định hiệu quả. Lựa chọn điều trị cần dựa vào tình trạng cụ thể của từng bệnh nhân và khả năng đáp ứng với phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bedi A, Dines J, Warren RF, Dines DM.** Massive tears of the rotator cuff. J Bone Joint Surg Am. 2010;92(9):1894-908.
2. **Gerber C, Fuchs B, Hodler J.** The results of repair of massive tears of the rotator cuff. J Bone Joint Surg Am. 2000;82(4):505-15.
3. **Cofield RH.** Subscapular muscle transposition for repair of chronic rotator cuff tears. Surg Gynecol

4. **Burkhart SS.** Arthroscopic treatment of massive rotator cuff tears. Clin Orthop Relat Res. 1991;(267):45-56.
5. **Goutallier D, Postel JM, Bernageau J, Lavau L, Voisin MC.** Fatty muscle degeneration in cuff ruptures. Clin Orthop Relat Res. 1994;(304):78-83.
6. **Levy O, Mullett H, Roberts S, Copeland S.** The role of anterior deltoid reeducation in patients with massive irreparable degenerative rotator cuff tears. J Shoulder Elbow Surg. 2008;17(6):863-70.
7. **Gartsman GM.** Massive, irreparable tears of the rotator cuff. Results of operative debridement and subacromial decompression. J Bone Joint Surg Am. 1997;79(5):715-21.
8. **Gerber C, Maquieira G, Espinosa N.** Latissimus dorsi transfer for the treatment of irreparable rotator cuff tears. J Bone Joint Surg Am. 2006; 88(1):113-20.
9. **Senekovic V, Poberaj B, Kovacic L, et al.** The biodegradable spacer as a novel treatment modality for massive rotator cuff tears: a prospective study with 5-year follow-up. Arch Orthop Trauma Surg. 2017;137(1):95-103.

ĐIỀU TRỊ GỠY THÂN ĐỐT SỐNG NGỰC - THẮT LƯNG BẰNG PHẪU THUẬT NẸP VÍT QUA DA ĐOẠN NGẮN CÓ CỐ ĐỊNH ĐỐT GỠY

Trần Trung Kiên¹, Võ Thành Toàn¹, Nguyễn Minh Dương¹, Nguyễn Thanh Nhật Tâm¹, Đỗ Duy Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy thân đốt sống ngực – thắt lưng bằng phẫu thuật nẹp vít qua da đoạn ngắn có cố định đốt gãy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu 31 bệnh nhân gãy thân đốt sống ngực - thắt lưng được phẫu thuật nẹp vít qua da đoạn ngắn có cố định đốt gãy tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 5 năm 2019 đến tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** tỷ lệ nữ (58,1%) nhiều hơn nam (41,9%). Tuổi trung bình 53,25 tuổi (từ 21 đến 69 tuổi). Nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn sinh hoạt (48,39%). Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian nằm viện đều thấp hơn so với phương pháp mổ hở. 100% bệnh nhân giảm đau sau mổ, khôi phục hoàn toàn sức cơ, xuất viện với Frankel E. Tại thời điểm tái khám sau 3 tháng, tất cả bệnh nhân đều phục hồi tốt, không yếu liệt chi. **Kết luận:** Phẫu thuật nẹp vít qua da điều trị gãy nhiều mảnh cột sống ngực – thắt lưng là một kỹ thuật hiệu quả trong việc nắn chỉnh cột sống, giảm chi phí điều trị. **Từ khóa:** Gãy cột sống ngực - thắt lưng, mổ hở, bắt vít qua da, cố định đốt gãy.

¹Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 27.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2024

Ngày duyệt bài: 3.12.2024

SUMMARY

TREATMENT OF THORACIC-LUMBAR VERTEBRATE FRACTURES BY SHORT-SEGMENT PERCUTANEOUS SCREW PLATING WITH FIXATION OF THE FRACTURES

Objective: To evaluate the results of treatment of thoracic-lumbar vertebral fractures by short-segment percutaneous screw plating with fixation of the fractures. **Material and methods:** Prospective descriptive study of 31 patients with thoracic-lumbar vertebral fractures underwent short-segment percutaneous screw fixation at Thong Nhat Hospital from May 2019 to March 2024. **Results:** The proportion of women (58.1%) was higher than that of men (41.9%). The average age was 53.25 years old (from 21 to 69 years old). The most common cause was domestic accidents (48.39%). The duration of surgery, amount of blood loss, and length of hospital stay were all lower than with open surgery. 100% of patients feel less pain after surgery, fully recovered muscle strength, and were discharged with Frankel grade E at the time of follow-up examination after 3 months, all patients recovered well, without limb weakness. **Conclusion:** Percutaneous screw fixation for multiple fractures of the thoracolumbar spine is an effective technique in spinal correction, reducing treatment costs.

Keywords: Thoracolumbar spine fracture, open surgery, percutaneous screw fixation, fracture fixation.